

Контакт-центр: 044/097 495 2 888

Невідкладна допомога: 5288

КТ головного мозга и костей черепа

Пацієнт: Бровко Артем Юрійович

Дата: 19.10.2020 13:54

№ історії пацієнта

Дата народження: 03.06.2020 Вік: 4 місяця и 16 дней Стать: Мужской

Платник: **Самооплата** Номер полісу/номер знижкової карти:

DLP:

При скануванні костей черепа с 3D-реконструкцией:

Форма головы в виде капли, лобные кости срослены под углом 130градусов, что свидетельствует о преждевременном закрытие метопического (лобного) шва. Венечный, сагитальный, лямбовидный шов четко визуализируются.

Очаговых изменений плотности или объемных образований больших гемисфер, селярной зоны, хиазмы, мозолистого тела, мостомозжечковых углов, краниовертебрального перехода или инфратенториальных структур не выявлено.

Структуры срединной линии не смещены.

Признаков САГ, СДГ или интравентрикулярной геморрагии не выявлено.

Желудочковая система мозга и конвекситальные субарахноидальные пространства не расширены.

Структуры внутреннего уха не изменены; ячейки сосцевидных отростков и параназальные синусы нормально пневматизированы.

Костнотравматических изменений нейрокраниума и визуализированной порции лицевого черепа не выявлено.

Заключение:

КТ-признаки тригоноцефалии (вариант краниостеноза).



Я, Бровко Артем Юрійович

одержав(ла) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування. Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я. Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування. Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Підпис пацієнта

Лікар **Дрига Дарія Юріївна**

Підпис лікаря